

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0197(37)  
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.  
2016\_PsychVVG  
23.09.2016



**BAG**  
**Psychiatrie**  
Bundesarbeits-  
gemeinschaft  
der Träger  
Psychiatrischer  
Krankenhäuser

**Stellungnahme** der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in  
Deutschland (BAG Psychiatrie)

**zum**

**Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 3. August 2016  
des "Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung von  
psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (PsychVVG)"  
(BT-Drucksache 18/9528)**

**für die öffentliche Anhörung  
im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages  
in Berlin am 26. September 2016**

München, 22.09.2016

### **Zur Orientierung**

Die politischen Ziele und Eckpunkte der Koalitionspartner vom 18. Februar 2016 für das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik werden von der BAG Psychiatrie unterstützt und mitgetragen.

Die BAG leistet mit ihren Mitgliedern etwa 90% der stationären und teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Vollversorgung (ca. 65.000 Betten/Plätze) und unterstützt mit mehr als 500 psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in Deutschland den vertragsärztlichen ambulanten Bereich für Patienten mit komplexem, multiprofessionellen Versorgungsbedarf.

Leistungsorientierung und Transparenz, Förderung der sektorübergreifenden Behandlung sowie Berücksichtigung regionaler Bedingungen und krankenhausesindividueller Besonderheiten werden von den BAG-Mitgliedern als Garanten der Sicherstellung der Versorgung und der Weiterentwicklung einer, am Bedarf der Patienten orientierten flexibilisierten Versorgung erwünschten Systemveränderung grundsätzlich positiv gesehen.

Zur Sicherstellung der Versorgung müssen die Verhandlungspartner vor Ort gestärkt werden, um bedarfs- und leistungsgerechte Budgets zu vereinbaren. Orientierung der Krankenhäuser und Kostenträger durch Vergleiche von vergleichbaren, vor allem auf Qualität ausgerichteten Sachverhalten sind sinnvoll und für eine positive Entwicklung wichtig.

Der Gesetzentwurf greift inhaltlich einige von den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden seit September 2015 immer wieder vorgelegten Konzepte und Stellungnahmen auf, unter anderem das „Konzept eines Budgetbasierten Entgeltsystems der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt vom 09. September 2015“; den „Brief der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der

Plattform Entgelt“ vom 16.03.2016 an Herrn Gesundheitsminister Gröhe mit Anmerkungen und Hinweisen zum Eckpunktepapier der Koalitionspartner vom 18.02.2016, sowie die „Gemeinsame Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt“ vom 14. Juni 2016 zum PsychVVG Referentenentwurf vom 19.05.2016.

Die Plattform Entgelt der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände hat am 02.09.2016 eine gemeinsame Stellungnahme zum vorgelegten Gesetzentwurf vorgelegt, an der die BAG wesentlich mitarbeiten durfte und die sie mitgezeichnet hat.

Die absolut erfolgskritischen Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf müssen aus Sicht der BAG Psychiatrie für diejenigen Leistungserbringer, die die psychiatrische Versorgung in Deutschland sicherstellen - noch einmal ausdrücklich herausgestellt und konkretisiert werden.

### **Wichtigster Korrekturbedarf im Gesetzentwurf**

---

- Es gibt keine Sicherstellung für die nachhaltige Finanzierung von Personalressourcen, die für die Leistung erforderlich sind und verbindlich vorgegeben werden sollen (Ausfinanzierung von Tarifkostensteigerungen)
- Es gibt Regelungen, die unsere Pflichtversorgung gefährden aufgrund von berufsgruppenspezifischen Nachweispflichten jahresdurchschnittlicher Stellenbesetzungen von verhandelten zu besetzten Stellen (d.h. Forderung nach Korridoren).
- Pauschale, nicht leistungsbezogene Regelungen zur Rückzahlungspflicht mit dauerhafter Budgetabsenkung bei Nichtbesetzung von verhandelten Stellen im Jahresdurchschnitt ohne Berücksichtigung von Gründen und Kompensationsleistungen z.B. im Sachkostenbereich des Krankenhauses. (Forderung nach Korridoren).
- Leistungsentwicklungen: Einseitige Abwälzung der Erkrankungsrisiken für psychische Erkrankungen (Morbiditätsrisiko) und der zunehmenden Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote (Entstigmatisierung) auf die Krankenhäuser (explizit nicht ökonomisch motivierte Mengenentwicklungen).

## **1. Erläuterungen zum wichtigsten Korrekturbedarf**

---

### **1.1. Nachhaltige Ausfinanzierung von Personal, tariflicher Personalkostensteigerungen und Änderungen der Entgeltordnung**

Verbindliche Personalvorgaben ohne verbindliche Ausfinanzierung von Tarifsteigerungen und Finanzierung aufgrund von Veränderungen in der Entgeltordnung sind nicht miteinander vereinbar.

Die Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf ermöglichen keine Refinanzierung von Personalkostensteigerungen, wenn Tarifabschlüsse oberhalb der Veränderungsrate liegen sondern nur 50% davon. Auch weitere unabwiesbare Personalkostensteigerungen z.B. durch Änderungen von Entgeltordnungen wie aktuell für die Pflegeberufe beschlossen und

für die Berufsgruppe der Psychologen in fortgeschrittener Abstimmung - müssen für die Krankenhäuser refinanziert werden.

Statistiken oder „platte“ Vergleiche von Personalkostenquoten nach Krankenhausbuchführungsverordnung sind keine geeigneten Informations- oder Vergleichsquellen. Personalkosten, die z.B. strukturell durch Einkauf von freiberuflichen Therapeuten, Pflegepersonal oder auch Ärzten entstehen, laufen wie das Outsourcing des Reinigungsdienstes in die Sachkosten des Krankenhauses auch wenn die Therapeuten, Pflegepersonen und Ärzte ganz ohne Zweifel patientennah arbeiten. In eine jahresdurchschnittliche, berufsgruppenbezogene Vollkräftestatistik auf Basis der Personalbuchführung würde dieses Personal nicht eingehen.

Die im PsychVVG vorgelegten Regelungen zur Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen sind vor dem Hintergrund verbindlicher Personalvorgaben und Nachweispflichten nicht hinnehmbar.

**Im Rechenbeispiel im Anhang (A) wird die prinzipielle Finanzierungslücke deutlich, die gemäß der im Gesetz vorgeschlagenen Regelung immer, wenn die Tarifsteigerung den Veränderungswert überschreitet und die Personalkostenquote über 70 % beträgt zu einer nicht refinanzierten Personalkostensteigerung führt. Diese Regelung ist ganz eindeutig nicht mit verbindlichen Personalvorgaben kompatibel und muss geändert werden. (siehe Abschnitt 3 Konkrete Änderungsvorschläge im Gesetzestext des PsychVVG).**

## 1.2 Absenkung der Budgetbasis bei Nichtbesetzung von vereinbarten Stellen

Im Gesetzentwurf ist eine Regelung zur systematischen Absenkung der Budgetbasis vorgesehen, („Gesamtbetrag“), gemäß § 3 (3) BPfIV. Nachhaltige Budgetabsenkungen aufgrund jahresdurchschnittlich nicht besetzter Stellen - die aber auf Grundlage der Leistungsplanung erforderlich wären - unabhängig vom Grund - bedeutet den Eintritt in eine eigendynamische ökonomische und fachlich-qualitative Abwärtsspirale. – Insbesondere in strukturschwachen Regionen ist das Fehlen von Personal immer wieder ein temporärer und kein gewollter Zustand, nicht besetzte Stellen dürfen deshalb aus unserer Sicht keine dauerhafte budgetabsenkende Wirkung haben (systematische Abwärtsspirale).

(Siehe Vorschläge für konkrete Änderungen des Gesetzentwurfs)

## 1.3 Verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 2020 verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik vorgeben. Diese Vorgaben sollen ab 2020 von den Kliniken umgesetzt und eingehalten werden.

**Änderungsforderung:** Vorgaben zur Personalausstattung müssen gemäß der Weiterentwicklung der Medizin regelmäßig - zumindest alle 5 Jahre - überprüft und falls erforderlich angepasst werden.

Bei verbindlichen Personalvorgaben nach Art (Qualifikation) und Menge (Anzahl der Vollkräfte) für die psychiatrische und psychotherapeutische, die psychosomatische sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung muss immer die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser für die Versorgungsaufgabe gesichert werden. **Starre, berufsgruppen- und nur auf Personalmenge fixierte Standards ohne Handlungsspielräume für das einzelne Krankenhaus bezogene betriebliche Übungen in einem Rahmen von zumindest 10% das vorgegebene Personal flexibler zu besetzen und/oder neue Versorgungskonzepte**

**– z.B. auch unter Nutzung der IT - zu erproben, werden sonst Fortschritt, Innovation und Effizienz bremsen.**

Die verbindlichen Rahmenvorgaben des GBA müssen so ausgestaltet sein, dass Kliniken in ihren Versorgungsregionen handlungsfähig bleiben. Gerade der regional unterschiedlich ausgeprägte Fachkräftemangel wird zunehmend kreative Lösungen bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch die Krankenhäuser erfordern, bei dem auch der IT-Einsatz - zum Beispiel im Rahmen von telepsychiatrischen Ansätzen für strukturschwache Versorgungsregionen erprobt werden muss. Auch der Einsatz neuer „Berufsgruppen“ wie zum Beispiel Genesungsbegleiter (Ex-In, experienced involvement) und der Aufwand dafür müssen abgebildet und berücksichtigt werden.

Korridorlösungen bzgl. der verbindlichen Personalvorgaben müssen Bemühungen und unternehmerische Kreativität ermöglichen, zielgruppenorientierte Lösungsansätze zu suchen und zu erproben, die qualitativ nachhaltig zu besseren Ergebnissen in der Versorgung führen und gleichzeitig effizienter als traditionelle Strukturen sind.

Dazu können auch Ansätze wie das „Behandlungsbudget“ mit einer einheitlichen Vergütung unabhängig von voll-, teilstationär- oder ambulanter Versorgung beitragen. Die Wirkungen solcher besonderen Ambulantisierungsanreize müssen wissenschaftlich begleitet werden. Schon heute gibt es die Analogie zur „blutigen Entlassung“ im DRG-System. Zunehmend sind die Versorgungskliniken mit dem Vorwurf von weiterversorgenden Einrichtungen und Diensten konfrontiert, viele Patienten viel zu früh zu entlassen. Finanzierte medizinisch-psychiatrische Netzwerkarbeit im multiprofessionellen Sinne aus den Kliniken heraus und/oder zumindest mit den Kliniken könnten hier verbindlichere Versorgungsnetzwerke gestalten.

#### **1.4 Mehrmengenregelungen § 3 Absatz 3**

Im vorliegenden Gesetzentwurf sind Mehrleistungen als Ausnahmetatbestände für Budgetsteigerungen über den Veränderungswert hinaus ausschließlich an Mehrleistungen aufgrund von krankenhausplanerischen Maßnahmen oder aufgrund des Investitionsprogrammes des Landes möglich.

Pflichtversorger dürfen jedoch keine krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten abweisen. Sie haben Aufnahmepflicht, auch wenn sie zu über 100% belegt sind. Die Krankenhausplanung vollzieht steigende Bedarfe bundesweit jedoch in der Regel erst, nachdem über mehrere Jahre unabweisbare Überbelegungen und Verweildauerverkürzung aufgrund der Aufnahmepflicht nachgewiesen werden, d.h. eine Kapazitätserhöhung unausweichlich wird.

Daher müssen Leistungssteigerungen/Mehrmengen bei Pflichtversorgungskliniken und bei elektiv versorgenden Kliniken differenziert bewertet werden.

#### **1.5 Legaldefinition von regionaler Pflichtversorgung**

Zu den strukturellen Besonderheiten, die krankenhausindividuell auf Ortsebene verhandelt werden können, zählen unter anderem die regionale Pflichtversorgung oder auch die spezialisierte Behandlung besonderer Patientengruppen. Die „regionale Pflichtversorgung“ selbst ist jedoch rechtlich bisher nicht definiert. Es muss klargestellt sein, dass damit beispielsweise das Vorhalten von Räumlichkeiten und 24h-Diensten in Abhängigkeit von der Größe der zu versorgenden Region, der Betrieb von Notfallambulanzen sowie die ständige Aufnahmebereitschaft auch für Patienten, die wegen selbst- und Fremdgefahr auch von der Polizei vorgestellt werden und ggf. geschützt untergebracht werden müssen, verbunden ist. Eine Legaldefinition zur regionalen Versorgungsverpflichtung ist nötig, damit die

Krankenhäuser in den verschiedenen Regionen Deutschlands leistungsgerechte Verhandlungspositionen erhalten.

## 2. Konkrete Änderungen für den Gesetzentwurf

### Art. 2 – Bundespflegegesetzverordnung

#### 1. Zu Art. 2 Nr. 3 Buchstabe d (§ 3 Abs. 3 Satz 8 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 3 Buchstabe d wird Satz 8 wie folgt gefasst:

„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht zu mindestens 90 Prozent vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, in welcher Höhe die dadurch nicht entstandenen Personalkosten im nächstmöglichen Budgetzeitraum auszugleichen sind.“

#### **Begründung:**

Wird die vereinbarte Stellenbesetzung zu 90 Prozent oder darüber umgesetzt, so erfolgt keine, auch keine anteilige, Rückführung der zur Verfügung gestellten Finanzierungsmittel. Eine Umsetzung der vereinbarten Personalbesetzung zu mindestens 90 Prozent erscheint vor dem Hintergrund, dass die Krankenhäuser aufgrund der Begrenzung der Budgetzuwächse auf den Veränderungswert und die nur anteilige Finanzierung der über den Veränderungswert hinausgehenden Tarifierhöhungen keinen Anspruch auf die vollständige Finanzierung der verbindlich vorgegebenen Personalausstattung haben, dennoch realisierbar. Diese Vorgabe trägt auch dem Umstand Rechnung, dass eine 100-prozentige Umsetzung der Vorgaben zwingend erfordern würde, dass frei werdende Personalstellen unmittelbar im Anschluss neu besetzt werden, es mithin keine vakanten Stellen gibt. Um dies zu realisieren, müssten die psychiatrischen Einrichtungen mehr Personal vorhalten als vereinbart und finanziert. Dies soll verhindert werden.

Die Rückführung der zur Personalbesetzung vereinbarten Finanzierungsmittel ist auf die tatsächliche Höhe der nicht für die Personalbesetzung verausgabten vereinbarten Finanzierungsmittel beschränkt. Die Parteien haben die Möglichkeit, auch niedrigere Beträge zu vereinbaren. Sind die vereinbarten durchschnittlichen Personalkosten je VK niedriger als die für die Personalbesetzung tatsächlich erforderlichen Finanzierungsmittel, wird sichergestellt, dass das Krankenhaus maximal die vereinbarten Finanzierungsmittel verausgaben muss, auch wenn damit nicht die gesamte der vereinbarte Personalbesetzung umgesetzt werden kann.

Eine Rückführung erfolgt als Einmalzahlung, die in den nächstmöglichen Budgetverhandlungen als Ausgleich zu vereinbaren ist. Der Gesamtbetrag wird nicht abgesenkt. Dies stellt sicher, dass keine Abwärtsspirale der Budgets eintritt. Eine Absenkung des Gesamtbetrages würde zwingend dazu führen, dass die Budgets der Folgejahre um die abgesenkten Beträge niedriger bleiben. Den Krankenhäusern würde somit bereits im ersten Jahr nach der nicht vollständigen Stellenbesetzung das Geld fehlen, um die im Vorjahr noch

nicht besetzten Stellen zu besetzen. Das Krankenhaus müsste sonst mit einem niedrigeren Budget (dem abgesenkten Gesamtbetrag) dieselbe Personalausstattung finanzieren. Dies würde vorhersehbar dazu führen, dass massive Finanzierungslücken in den psychiatrischen Einrichtungen entstehen.

Die Rückführung als einmaliger Ausgleich eröffnet den Krankenhäusern die Chance, die vereinbarte Stellenbesetzung im Folgejahr vorzunehmen. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass das Krankenhaus in dem Jahr, in dem es das Geld nicht für die Personalausstattung verwendet, es nicht anderweitig verwenden kann, sondern an die Kostenträger zurückzuführen hat.

## 2. Zu Art. 2 Nr. 14 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 18 Abs. 2 Satz 5 BPfIV)

In Art. 2 Nr. 14 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 müssen insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen sowie die Höhe des für die Anzahl der vereinbarten Stellenbesetzung vereinbarten Gesamtfinanzierungsbetrages sowie die Höhe des für vorgenommene Stellenbesetzungen verwendeten Finanzierungsbetrages hervorgehen.“

### **Begründung:**

Um die geforderte Transparenz herzustellen, darf im Nachweis nicht nur die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften enthalten sind. Der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung kann nur geführt werden, wenn auch die tatsächlich aufgewandten Mittel und die damit finanzierten Stellen in Vollkräften aus dem Nachweis hervorgehen.

Hierbei ist auch der Fall zu berücksichtigen, dass Personal von den psychiatrischen Einrichtungen „eingekauft“ und aufgrund der Vorgaben der KHBV nicht als Personalkosten, sondern als Sachkosten für bezogene Leistungen zu buchen sind. Auch diese Vollkräfte und Kosten sind im Rahmen des Nachweises zu berücksichtigen.

Der Nachweis ist gegenüber dem InEK zu führen. Daher ist es eminent wichtig, dass diesem die tatsächlichen Personalkosten für die Besetzung der vereinbarten Stellen nachgewiesen werden sowie die für die Umsetzung der Personalbesetzung vereinbarten Finanzierungsmittel im Rahmen des Nachweises mitgeteilt werden.

### **Kontakt:**

**Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach**  
**Vorsitzende BAG Psychiatrie**  
**c/o kbo Kliniken des Bezirks Oberbayern**  
**Prinzregentstraße 18**  
**80538 Münche**  
**089-5505227-11**  
**e-mail: magitta.borrmann-hassenbach@kbo.de**  
**Anhang A**

**Beispielrechnungen „Refinanzierungslücken von Tarifkostensteigerungen“**

**Unter Beachtung der vorgelegten Regelungen im PsychVVG wurde folgende Berechnung erstellt, die zweifelsfrei die systematische Unterfinanzierung von tariflichen Personalkostensteigerungen im Bereich der personalintensiven psychiatrischen Krankenhäuser aufdeckt.**

### **Beispiel**

Ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder eine psychiatrische Fachabteilung weisen grob typischerweise folgende Kostenverteilung *bei einem Gesamtbudget von 10 Mio € auf:*

20% Sachkosten (2 Mio €) und 80 % Personalkosten (8 Mio €).

Angenommene Kostensteigerungen für das neue Budgetjahr:

- Sachkosten (gemäß allgemeiner Teuerungsrate) 2% und
- Tarifkostensteigerung für Personal (errechnet als Tarifraten aus den Abschlüssen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal aufgrund der bundesweiten Tarifabschlüsse inklusive Einmalzahlungen) über 5 % sowie z.B. Änderung von Entgeltordnungen ab 2017.

Das bedeutet für das Krankenhaus 2017:

- Sachkostensteigerungen um +40.000 €,
- und Personalkostensteigerungen von +400.000 €.
- **Gesamtkostensteigerung für 2017 dieses Krankenhauses entspräche 440.000€**

Eine Refinanzierung der Kostensteigerung erfolgt auf Basis der gesetzlichen Regelungen:

- Über den: "Orientierungs- bzw. Veränderungswert" hier angenommen mit 2%

zuzüglich

- 40 % der Tarifierhöhungsrate - definiert als: Differenz zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten (siehe hierzu auch §9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntG / § 10 Absatz 5 KHEntG) = 3 % und

davon nach PsychVVG: 40 % (d.h. bezogen auf 3 % ) = 1,2 %

Refinanziert werden im dargestellten Beispiel also insgesamt:

2,0 % + 1,2 % = 3,2 % oder 320.000 €.

- **Finanzierungslücke:- 120.000€ oder 1,2 % des Gesamtbudgets für das Krankenhaus**

**Tarifsteigerungen, die über den Veränderungswert hinausgehen, werden also gemäß des vorliegenden Gesetzentwurfs definitiv nicht refinanziert.**

**Fazit: Entweder werden die Regelungen zur Refinanzierung geändert oder es kann keine verbindlichen Personalvorgaben und Nachweispflichten geben!**

**Die BAG Psychiatrie | [www.bag-psychiatrie.de](http://www.bag-psychiatrie.de)**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Fachkrankenhäuser (BAG Psychiatrie) ist bundesweit der größte Zusammenschluss zur Vertretung der Träger von Akutversorgungskliniken für psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen.

Sie bildet das gesamte Trägerspektrum der Bundesrepublik Deutschland ab und vertritt kommunale, freigemeinnützige, kirchliche, private sowie staatliche Träger. Mit ca. 65.000 Betten und tagesklinischen Plätzen ihrer Mitglieder repräsentiert die BAG Psychiatrie rund zwei Drittel der gesamten stationären und teilstationären klinischen Versorgungskapazitäten für psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die BAG-Mitglieder betreiben Akutkliniken und Abteilungen für Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen sowie Tageskliniken und Institutsambulanzen. Ferner werden neurologische Abteilungen sowie Abteilungen für forensische Psychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen, Wohn- und Pflegeheime für seelisch behinderte Menschen und heilpädagogische Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung betrieben.

Die BAG Psychiatrie vertritt die Interessen ihrer Mitglieder, stimmt gemeinsame Strategien ab, entwickelt neue Versorgungskonzepte und Finanzierungsmodelle und pflegt den Erfahrungsaustausch. Die BAG Psychiatrie setzt sich dafür ein, die strukturellen und finanziellen Versorgungsbedingungen für die klinisch-stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen zu verbessern und zu sichern. Sie treibt versorgungspolitisch die Beseitigung institutioneller Stigmatisierung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen voran.